

障害者控除対象者認定書交付申請用

意 見 書			
本 人 記 載 欄	住 所		
	氏 名		男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生	歳
医 師 記 載 欄	上記の者は、令和7年12月31日現在下記の状態にあることを証明する。		
	年 月 日		
	<u>病院名</u>		
	<u>医師名(署名)</u>		
	<input type="checkbox"/> 身体障害者1級または2級に準ずる状態 <input type="checkbox"/> 身体障害者3級から6級に準ずる状態 <input type="checkbox"/> 知的障害者重度に準ずる状態 <input type="checkbox"/> 知的障害者中度または軽度に準ずる状態 <input type="checkbox"/> 障害高齢者日常生活自立度ランク A に該当する <input type="checkbox"/> 障害高齢者日常生活自立度ランク B または C に該当する <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上寝たきり(基準日12月31日までに) <input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度 II、IIa、IIb に該当する <input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度 III、IIIa、IIIb、IV、M に該当する		
	※いずれか該当するところに レ点をつけてください。		
	上記□ の状況 :		

西東京市高齢者支援課認定相談係
〒188-8666 東京都西東京市南町5-6-13
TEL 042-420-2816